

## **Proyecto de Monitoreo Médico Declaración de Consentimiento Informado**

La siguiente información debe ser leída a todos los posibles participantes.

Usted ha sido seleccionado para participar en este proyecto debido a que usted tiene el VIH. Su participación en este proyecto es voluntaria. También puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Retirarse del proyecto no tendrá repercusiones y no perderá los beneficios a los cuales tiene derecho.

### **Por qué estamos realizando este proyecto**

El VIH es el virus que causa el SIDA. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS), junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), está realizando este proyecto para obtener más información sobre las personas que están infectadas con el VIH y los tipos de servicios que usan y necesitan. Esta información nos ayudará a mejorar los programas para evitar que otras personas queden infectadas con el VIH y a mejorar los servicios para quienes ya están infectadas.

### **Lo que necesitamos de usted**

Si usted decide participar en este proyecto, necesitaremos:

- hacerle unas preguntas
- coleccionar información de sus archivos médicos

### **Las preguntas**

Contestar las preguntas tomará aproximadamente 1 hora. Usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera responder.

Le haremos preguntas sobre sus

- antecedentes médicos
- uso de servicios sociales y médicos
- prácticas sexuales
- consumo de drogas y alcohol
- historia reproductiva (si usted es cis mujer)
- capacidad para trabajar y cuidarse a sí mismo y a su familia

Aunque enviemos las respuestas a los CDC, no enviaremos ninguna información que pudiera identificarle o ser rastreada hasta usted. Sus respuestas se mantendrán confidenciales, identificadas únicamente por un número de código, guardadas en un archivo con llave y solamente el personal del proyecto tendrá acceso a esta información.

## **Sus archivos médicos**

También revisaremos su archivo médico para coleccionar información clínica sobre su infección por el VIH. Esta información incluirá las enfermedades que ha tenido, las medicinas que ha tomado y la atención médica que ha recibido. De nuevo, no enviaremos ninguna información a los CDC que pueda identificarle o ser rastreada hasta usted. La información sobre su historial clínico estará vinculada a sus respuestas únicamente por un número de código.

## **Lo que puede esperar de nosotros**

### **Privacidad**

Protegeremos su privacidad. Mantendremos la privacidad y la confidencialidad de toda la información que nos dé. Mantendremos la confidencialidad de sus registros en la medida en que la ley lo permita. Sus respuestas se agruparán con las respuestas de otros participantes de manera que nadie sabrá qué respuestas vinieron de usted. Enviaremos la información que obtengamos de este proyecto a los CDC, pero no enviaremos ninguna información que pueda identificarle. La ley federal protege la confidencialidad de la información que mantienen los CDC.

### **Pago**

Si usted contesta las preguntas y está de acuerdo en permitirnos revisar su historial médico, usted recibirá una tarjeta de regalo de \$50 como una muestra de agradecimiento por su participación. Si más adelante decide dejar el proyecto, puede mantener esta tarjeta de regalo.

## **Puntos que debe considerar**

- Usted no incurrirá en ningún gasto (que no sea su tiempo y esfuerzo) por participar en este proyecto.
- Si lo desea, podemos darle información sobre los lugares en su área donde puede obtener servicios médicos y sociales.
- Aunque no reciba beneficios directos por su participación en este proyecto, usted nos ayudará a obtener más información sobre la manera de mejorar los servicios disponibles para otras personas con el VIH y el SIDA.

## **Además**

- Es posible que algunas de las preguntas le hagan sentir incómodo o sean demasiado personales. Recuerde: usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera responder.
- Si necesitamos más información, un miembro del personal puede ponerse en contacto con usted posteriormente.
- Un pequeño número de entrevistas y revisiones de archivos médicos serán observadas por los supervisores para proporcionar comentarios al personal del MMP sobre su trabajo.

## **¿Tiene alguna pregunta?**

**Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, por favor**

- haga las preguntas a la persona que le hace la entrevista
- llame al Investigador Principal Ms. Mary-Grace Brandt al **517-285-7591**.

**Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos, por favor comuníquese con**

- La Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board - IRB*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan al **517-241-0806**.

**Si tiene alguna preguntas adicionales, por favor comuníquese con**

- Los CDC al **404-639-6475**. Éste es un número de teléfono gratuito. Deje un breve mensaje para informarnos cómo comunicarnos con usted. Diga que está llamando en referencia al Proyecto de Monitoreo Médico. Alguien le devolverá la llamada lo antes posible.

## **Declaración de consentimiento del participante**

Estoy de acuerdo en participar en el proyecto descrito aquí. He leído la declaración, entiendo la declaración y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del entrevistador

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistador

\_\_\_\_\_  
Fecha

Se Obtuvo el Consentimiento Verbal:    Si    No    Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

MMP mayo de 2021